Dr CH. MONGOUR

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

BORDEAUX
IMPRIMERIE G. GOUNOUILHOU
11, RUE GUIRAUDE, 11
1900

Dr CH. MONGOUR

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

GRADES ET TITRES
UNIVERSITAIRES

Bachelier ès Lettres.
Bachelier ès Sciences restreint.
Docteur en Médecine (1890).
Chef de Clinique adjoint (1893).

RÉCOMPENSES ET TITRES
HONORIFIQUES

Lauréat de la Faculté de Médecine (Prix, 1886).
Élève du Service de Santé militaire (10 oct. 1886).
Externe des Hôpitaux (1887).
Interne provisoire (1888).
Interne titulaire (1889).
Médecin stagiaire au Val-de-Grace (29 déc. 1890).
Membre de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux (1890).

Médecin aide-major de 2e classe (déc. 1891).
(Mis en Congé de Réforme 14 août 1893.)

Médecin des Hôpitaux (1894).

Membre de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux (1898).

Vice-Président de la Société d'Anatomie et de Physiologie (1898-1899).

Délégué de la Réunion Médico-Chirurgicale au IVe Congrès pour l'Étude de la Tuberculose (1898).

Membre du Conseil d'Administration du Sanatorium Girondin pour le Traitement de la Tuberculose (1899).

SERVICES RENDUS A L'ENSEIGNEMENT

Conférences d'internat de 1894 a 1899 inclus.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

a) POUMONS — PLÈVRE

1. Pneumonie traumatique (*Archives cliniques de Bordeaux*, 1894).

Dans ce travail, je contribue à établir les caractères cliniques de la pneumonie traumatique; le traumatisme imprime en effet à la pneumonie une allure un peu spéciale : accélération du rythme respiratoire dès le début tenant à la violence du point de côté qui siège toujours au niveau de la contusion, absence presque constante du frisson initial, fréquence de l'hémoptysie, bien différente des crachats rouillés et en rapport avec la rupture des capillaires du poumon. L'épanchement pleurétique est à peu près constant et la dénomination de pleuro-pneumonie serait mieux justifiée. La succession des râles crépitants, du souffle et des râles sous-crépitants n'est pas aussi régulière que dans la pneumonie franche. A moins qu'elle ne se complique de la présence d'un corps étranger, la pneumonie traumatique évolue généralement en quatre ou cinq jours, et sa bénignité en est la caractéristique la plus frappante.

Ce travail est cité dans une récente publication de Souques sur la pneumonie contusive. « Les recherches

» bactériologiques faites pendant la vie ont révélé dans les
» crachats la présence du pneumocoque, ainsi qu'en font
» foi les examens de A. Petit, Mongour, Lucatello, Murry,
» Sokolowsky, etc., de telle sorte que la réalité et l'authen-
» ticité de la pneumonie contusive sont établies sur des
» bases inattaquables. » (*Presse méd.*, 3 mars 1900.)

2. Un cas de Syphilis pulmonaire probable (Soc. d'Anatomie, 23 mars 1896).

Il s'agissait d'un malade présentant des symptômes d'induration exactement limités au lobe moyen du poumon droit; l'examen des crachats au point de vue de la recherche des bacilles de Koch fut négatif; leur injection au cobaye ne détermina qu'une lésion locale non tuberculeuse. Le malade guérit rapidement par l'application du traitement spécifique.

3. Dilatation bronchique cylindrique et générale du poumon gauche (Soc. d'An., 15 nov. 1897).

Les cas de ce genre sont fort rares puisque seuls Barth et Barlow en ont signalé chacun un exemple. Le diagnostic fait du vivant du malade était : dilatation bronchique partielle et congénitale. L'examen aux rayons X n'avait pas permis de serrer de plus près le diagnostic exact.

4. Traitement des pleurésies séro-fibrineuses par les injections sous-cutanées de liquide pleurétique. En collab. avec M. Gentes (Congrès de médecine de Bordeaux, 1900).

A la suite d'un cas exceptionnellement heureux, présenté à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux

(25 novembre 1898 et 5 juillet 1899), nous avons été conduits à étudier plus complètement cette question qui présentait un réel intérêt au point de vue de la thérapeutique pathogénique. Le travail actuel est basé sur dix-neuf observations; il est le résultat de recherches poursuivies pendant deux ans. Son point de départ est dans les études de Gilbert de Genève (1894) et dans les récents travaux sur les propriétés bactéricides et agglutinantes des épanchements pleuraux (Arloing et Courmont, Mongour et Buard). Pour définir la nature des épanchements, nous n'avons tenu compte que de la réaction obtenue par injection intrapéritonéale du liquide pleurétique au cobaye. Nos conclusions sont les suivantes :

Sur 11 pleurétiques avec tuberculose pulmonaire ou pleurale certaine : 9 insuccès francs, 1 succès discutable, 1 succès complet.

Sur 4 observations avec tuberculose pulmonaire probable : 3 insuccès, 1 succès.

Sur 4 observations de pleurésies ne paraissant pas pouvoir être rattachées à une tuberculose pulmonaire ou pleurale : 4 succès.

« En dernière analyse, les injections de liquide pleurétique ont échoué dans la proportion de 78 0/0 chez les pleurétiques atteints de tuberculose pulmonaire ou pleurale pour lesquels ce traitement avait été conçu. Étant donnée la nature des succès obtenus, on peut affirmer que les bienfaits de la thérapeutique inaugurée par Gilbert ne dépassent pas la limite d'heureuses coïncidences. »

5. **Pleurésie purulente cloisonnée; empyème; ouverture du diaphragme; mort.** En collab. avec M. Gentes (Soc. d'An., 27 février 1899).

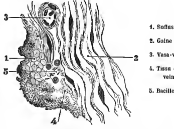
b) TUBERCULOSE

6. Phlegmatia alba dolens chez une tuberculeuse. Présence du b. de Koch dans les veines thrombosées et dans un segment veineux voisin. En collab. avec M. le Prof. agrégé Sabrazès (Société d'Anat. et de Physiologie, 22 janvier 1894).

Cette étude nous a montré des particularités intéressantes au point de vue bactériologique. Nous avons trouvé :

a) Des microcoques ronds associés deux à deux, dans la tunique externe et dans l'endoveine au voisinage et au contact immédiat des caillots;

b) Des bacilles tuberculeux localisés exclusivement dans les couches externes de l'adventice. Une seule fois nous avons trouvé un bacille dans la lumière d'un des vasa-vasorum.



ILIAQUE PRIMITIVE GAUCHE THROMBOSÉE, TUNIQUE EXTERNE DU VAISSEAU
(Procédé de Ziehl-Neelsen. Zeiss, oc. 8, obj. 3,0mm.)

Nous avons observé ces bacilles à l'origine de la thrombose et à la naissance de la fémorale profonde.

Antérieurement à nous, le bacille de Koch dans la phlegmatia des tuberculeux n'avait été signalé que par Chantemesse (obs. non publiée) et par Waquez (1890).

A l'occasion de ce fait, nous avons discuté le mode de pénétration du bacille de Koch dans la circulation générale. L'absence de granulations tuberculeuses extra-pulmonaires en dehors des hypertrophies ganglionnaires, la rareté des bacilles dans les vasa-vasorum, leur défaut dans l'endoveine et dans le caillot, nous ont fait rejeter l'hypothèse d'une pénétration par la voie sanguine et accepter celle d'une migration par les lymphatiques qui longent les gros vaisseaux et qui, fréquemment chez les tuberculeux, sont parsemés d'un chapelet de petits ganglions tuméfiés et criblés de granulations grises ou caséeuses.

7. **Les rayons de Rœntgen ont-ils une action sur la tuberculose pulmonaire de l'homme?** En collab. avec M. le Prof. Bergonié (Note présentée à l'Académie de Médecine, 1895).

Des faits cliniques étudiés, nous avons conclu que les rayons X ne jouissaient probablement pas d'une action spécifique sur les bacilles de la tuberculose; les recherches expérimentales de Ferré et Bergonié aboutissaient aux mêmes résultats. Mais, étant donnée l'amélioration observée chez deux de nos malades en traitement, on pouvait espérer que ces rayons étaient capables de modifier la vitalité du parenchyme pulmonaire en provoquant peut-être une phagocytose plus intense.

8. **Le séro-diagnostic de la tuberculose.** En collab. avec le Dr Buard (Travail du laboratoire du Prof. Ferré).

Trois notes ont été remises par nous sur ce sujet à la Société de Biologie . 10 déc. 1898, 7 juin et 16 juillet 1899.

Nos recherches ont été faites sur 60 malades; nous nous sommes servis de cultures adressées par MM. Arloing et Courmont dont nous avons adopté la technique.

Nos résultats, dans leur ensemble, confirment, en tous points ceux des maîtres lyonnais. Au cours de notre étude, qui ne s'est pas bornée au contrôle d'une méthode, nous avons mis plus particulièrement en évidence les faits suivants :

1° La réaction agglutinante est d'autant plus rapide et d'autant plus nette que le sujet est plus résistant ou plus éloigné de la cachexie; elle nous apparaît comme une réaction de défense.

2° Pour apprécier exactement la valeur du séro-diagnostic, il est préférable de ne pas tenir compte des résultats obtenus six heures après le mélange du liquide organique à éprouver avec la culture, tous les sérums nous paraissant capables d'agglutiner le b. de Koch, ce laps de temps écoulé : passé six heures en effet, tous nos tubes présentaient un dépôt, et à s'en tenir à ce simple examen macroscopique, tous les séro-diagnostics eussent été positifs. Les dépôts granuleux font prévoir un séro-diagnostic positif; les dépôts floconneux accompagnent généralement un séro-diagnostic négatif.

3° L'immobilisation des bacilles est d'autant plus nette que le séro-diagnostic est plus franchement positif; elle se rencontre surtout avec les volumineux agglutinats.

La valeur de la séro-réaction pour le diagnostic précoce de la tuberculose a été confirmée par Rothamel, Buard, élèves de M. Ferré à Bordeaux, par Bendix à la première clinique de médecine interne de Berlin. Seuls, Beck et Rabinowitsch (1900) ont mis en doute la valeur du phénomène. MM. Arloing et Courmont *(Presse méd.*, 1er septembre 1900; Congrès de médecine de Paris) ont fait justice de leurs critiques, basées sur une méthode de contrôle insuffisante.

9. **Zona chez une tuberculeuse.** Communication à la Soc. d'Anatomie (7 février 1898).

10. **De la tachycardie dans la tuberculose pulmonaire** (4ᵉ Congrès pour l'étude de la tuberculose, 1898). En collab. avec le Dʳ Durand.

Nos conclusions, qui ont été vérifiées depuis lors, étaient les suivantes :

L'apyrexie et la normalité du pouls laissent prévoir ou que le malade peut guérir ou qu'il peut vivre pendant un temps indéterminé, mais assez long.

Un pouls dissocié d'avec la fièvre est une présomption que la maladie peut évoluer lentement malgré cette fièvre.

L'apyrexie avec pouls fréquent fait prévoir que la maladie marchera rapidement.

Enfin, chez les fébriles tachycardiques, la question paraît vite jugée : cœur et poumons marchent de pair pour précipiter le malade vers l'issue fatale.

Au même Congrès, M. Arloing démontra que des quatre tuberculines obtenues par lui (ABCD), deux, B et C toxiques, sont vaso-constrictives et déterminent un ralentissement du pouls; les deux autres, surtout A, extrêmement toxique, produisent une accélération du pouls avec vaso-dilatation. Nous terminions alors notre communication dans les termes suivants : « C'est vraisemblablement » par la prédominance d'une de ces toxines que peut s'ex- » pliquer le ralentissement du pouls que présentent les » tuberculeux curables ou guéris et la tachycardie des » tuberculeux en voie de consomption progressive. »

11. **Rapport à la Réunion médico-chirurgicale des hôpitaux et à la Commission administrative des hospices** sur le 4ᵉ Congrès pour l'étude de la tuberculose (1898). En collab. avec le Dʳ Durand.

Dans ce rapport, nous avons résumé les travaux du Congrès en insistant plus particulièrement sur les modifications à apporter au régime des tuberculeux hospitalisés.

c) CŒUR ET VAISSEAUX

12° **De la disparition du premier bruit du cœur dans la fièvre typhoïde; valeur séméiologique.** 1895. Communication au Congrès de médecine de Bordeaux (*Journ. de méd. de Bordeaux. Arch. cliniques de Bordeaux,* sept. 1895. — *Presse méd.,* 1897, n° 32).

Dans ces différentes études, j'ai dégagé au point de vue du pronostic de la fièvre typhoïde les faits suivants :

a) La disparition du premier bruit du cœur à la pointe ou à la base et à quelque période de la fièvre typhoïde qu'on la constate, n'a pas de signification pronostique grave si le nombre des pulsations ne dépasse pas 110 au maximum; si la tachycardie est supérieure à ce chiffre, la disparition du bruit systolique peut être considérée comme un symptôme fatal;

b) La disparition du premier bruit du cœur paraît être liée à l'existence d'une myocardite;

c) Quand elle coïncide avec une accélération du rythme cardiaque, on peut invoquer, outre la myocardite, l'action des poisons microbiens sur les centres nerveux accélérateurs ou frénateurs, ou sur les vaisseaux périphériques. Cette dernière détermination de l'agent toxique paraîtrait plus grave que la myocardite.

M. Bussières (Th. de Bordeaux, 1894) a étudié le même phénomène dans un certain nombre d'affections (choléra, diphtérie, typhus, etc.); il est arrivé aux mêmes conclusions.

13. **Insuffisance tricuspidienne primitive.** En collab. avec M. Hervé (Soc. d'Anat., 25 octobre 1897).

d) TUBE DIGESTIF

14. **Du rôle de la dyspepsie dans la chlorose** (*Archives cliniques de Bordeaux*, 1896 ; Congrès de médecine de Nancy, 1897).

Ce dernier mémoire est établi sur l'observation de vingt-neuf cas de chlorose, avec examen hématologique fait à plusieurs reprises pour chaque malade. J'ai voulu contribuer à démontrer l'importance des troubles dyspeptiques dans l'apparition de la chlorose, sans affirmer toutefois que toutes les chloroses étaient d'origine dyspeptique. En même temps, je mettais hors de doute l'existence évidente d'une insuffisance hépatique totale ou partielle dans la chlorose — insuffisance que MM. Gilbert et Garnier ont reconnue également (Congrès de médecine de Paris, 1900). Et je concluais avec Luzet qu'il faut se mettre en garde contre la médication martiale à outrance « mal réglée par » le médecin, trop souvent sur l'instance des malades eux-» mêmes, médication qui conduit à la destruction complète » de l'appareil glandulaire de l'estomac et à une lésion » chronique irrémédiable. »

15. **De la non-existence d'une stomatite distincte et spécifique, dite stomatite diphtéroïde.** Communication à l'Académie de Médecine, 9 nov. 1897. Cette note a fait l'objet d'un rapport de M. le Dr Rendu, le 17 mai 1898. (*Presse médicale*, 26 mars 1898.)

En 1891 (Soc. méd. des Hôp., 26 juin), MM. Sevestre et Gastou décrivaient une stomatite à fausses membranes spécifique, due au staphylococcus aureus et distincte de

la stomatite ulcéro-membraneuse de Bergeron, des aphtes, du muguet et de la stomatite diphtérique. Mes recherches cliniques et bactériologiques ne m'ont pas conduit à la confirmation de cette entité morbide. Et d'abord, du simple examen à l'œil nu des fausses membranes, je n'ai pu trouver que difficilement des caractères morphologiques capables de créer des types différents. « La fausse » membrane m'est toujours apparue identique à elle-même » et rien dans la localisation, l'intensité des adhérences, la » coloration, l'engorgement ganglionnaire, les symptômes » généraux, » ne m'a autorisé à porter de diagnostic ferme de stomatite diphtéroïde. Mais, en réunissant les cas qui paraissaient correspondre le mieux à la description de MM. Sevestre et Gastou, j'ai trouvé à l'examen bactériologique tantôt du streptocoque pur ou associé au staphylocoque, tantôt du bacille de Klebs-Lœffler, virulent, etc. Dans ces conditions, j'émis les conclusions suivantes qui résument le côté pratique de ces recherches : « Il est indis» pensable d'établir pour les stomatites une classification » exclusivement étiologique, basée sur l'examen bactério» scopique comme on l'a fait pour des angines. L'ensemen» cement sur sérum gélatiné permettra seul d'affirmer la » nature diphtérique de stomatites qui, cliniquement, ne » paraissent pas dues au b. de Lœffler, et de prendre en » temps opportun des mesures thérapeutiques et prophy» lactiques nécessaires. »

Thèse inspirée sur ce sujet : Dr Armand, Th. Bordeaux, 1898.

16. **Lithiase intestinale** (Communication à la Soc. de Biologie, 22 février 1896; *Journal de méd. de Bordeaux*, 17 mai 1896).

A l'occasion de cette observation, j'étudie les rapports qui unissent la lithiase intestinale à l'entérite muco-membraneuse. Ce cas a été rapporté dans un travail complet sur la question par M. le Prof. Dieulafoy (*Pr. méd.*, 10 mars

1897). Les calculs étaient composés surtout d'orthophos phate de magnésie (21,7 0/0) et de carbonate de chaux (43,9 0/0.)

Thèse inspirée sur ce sujet : Dr Fontêt, Bordeaux, 1896.

17. **Traitement de la diarrhée infantile par l'emploi systématique de l'eau stérilisée** (*Bulletin médical*, 9 mars 1898).

Travail basé sur les constatations bactériologiques de Bagenski, Lipmann, Lepage, sur les recherches cliniques et urologiques de Vergely.

Ce traitement est à l'heure actuelle d'application courante, même dans les cas de choléra infantile (Marfan, *Pr. méd.*, 1900).

« La médication hydrique, disais-je alors, n'exclut pas » tout autre traitement d'urgence : injections de caféine, » d'éther, de sérum, etc. Il n'est question dans ce travail que » du *traitement pathogénique*, les complications survenant » au cours de l'intoxication pouvant faire naître des indi- » cations particulières sur lesquelles je n'ai pas à insister... » Je crois très sincèrement qu'aucune méthode, à l'heure » actuelle, ne donne de pareils succès à condition que le » malade soit encore justiciable d'une thérapeutique. »

18. **Cancer du pylore** (Communication à la Soc. d'Anat. de Bordeaux, 18 octobre 1898).

19. **Dilatation de l'estomac. Urémie consécutive.** En collaboration avec le Dr Clarac (*Archiv. cliniques de Bordeaux*, novembre 1894).

20. **Dilatation de l'estomac par sténose du pylore; gastro-entérostomie; guérison** (Société d'Anat., 4 octobre 1897).

Il s'agit d'un malade atteint de maladie de Reichmann vraie et pour lequel je proposai l'intervention chirurgicale; l'opération fut faite par le Dr Dubourg pour la première fois à Bordeaux. Je présentai le malade complètement guéri; à l'heure actuelle, après avoir augmenté de 12 kilos, il se porte à merveille. Au cours de l'opération, le diagnostic clinique avait été reconnu exact. (V. Th. Lafarelle, Bordeaux, 1900.)

---

e) DIPHTÉRIE

---

21. **Modifications urinaires consécutives aux injections de sérum antidiphtérique** (Congrès de méd. de Bordeaux, 1895. — *Journal de médecine de Bordeaux,* mars, mai et juin 1895).

Dans cet ensemble de travaux, j'ai démontré un des premiers la constance de l'hyperazoturie après les injections de sérum et la fréquence de l'inversion de la formule des phosphates; je me suis surtout attaché à prouver que non seulement le sérum antidiphtérique ne provoque jamais l'albuminurie, mais encore qu'il contribue à la disparition rapide d'une albuminurie préexistante, à condition bien entendu qu'elle reconnaisse pour cause l'intoxication lœfflérienne.

Résultats rapportés par Roger au Congrès de Nancy 1896, avec observations confirmatives de Mya. Les obser-

vations de Roger sur le cheval concluent aux mêmes modifications.

Thèses inspirées sur ce sujet : Cardeillac, Th. Bordeaux, 1895. — Jonchères, Th. Bordeaux, 1895.

22. **Traitement de la diphtérie oculaire par les injections hypodermiques combinées aux instillations de sérum antidiphtéritique.** En collabor. avec M. Guyot (*Ann. de méd. et de chir. infantiles*, 1898).

En 1898, je fus chargé d'un service à l'Hôpital des Enfants-Assistés de Bordeaux, en pleine épidémie de diphtérie oculaire; malgré les injections de sérum antidiphtérique, malgré un traitement local approprié, plusieurs enfants perdirent la vue. Coppez, en 1897, avait démontré par des expériences sur le lapin que le sérum antidiphtérique injecté sous la conjonctive avait une action puissante contre l'infection locale par le b. de Lœffler; j'eus alors l'idée d'associer aux injections hypodermiques des instillations de sérum sur la conjonctive à l'exclusion de tout autre traitement. Les résultats obtenus furent significatifs : 7 enfants atteints de diphtérie oculaire grave guérirent sans présenter extérieurement aucune trace de leur affection.

Quelques jours après cet essai thérapeutique, Morax et Elmassion *(Ann. de l'Institut Pasteur)* démontraient l'absorption de la toxine instillée sur la conjonctive; les résultats obtenus chez mes petits malades prouvent que l'antitoxine l'est également.

23. **Traitement des paralysies diphtériques d'origine toxique par les injections de sérum.** En collab. avec le Prof. Ferré (*Ann. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 1898).

Ce travail est la première consécration thérapeutique des recherches expérimentales de mon maître, M. le

Prof. Ferré, sur l'action de la toxine et de l'antitoxine diphtérique sur la cellule nerveuse. A cette époque, nous n'avions pu recueillir que cinq observations, dont l'étude nous permettait cependant d'affirmer que « pour la paralysie diphtérique comme pour l'angine de même nature, le véritable traitement est le traitement pathogénique, la sérothérapie spécifique ».

Le 9 février 1900, j'apporte à la Société de Médecine de Bordeaux trois observations personnelles et deux de M. le Prof. agrégé Rondot ; à deux ans d'intervalle, je ne pouvais que répéter ce que nous avions déjà dit avec M. le Prof. Ferré :

1° La sérothérapie antidiphtéritique est incapable de provoquer des accidents paralytiques;

2° Elle constitue le vrai traitement de ces accidents;

3° Chez les malades qui ont présenté une dipthérie locale grave, chez ceux qui ont été injectés tardivement, il faut continuer la sérothérapie même après la disparition des fausses membranes, aussi longtemps que le non-relèvement de l'état général indique que l'organisme est en état de constante intoxication.

V. Thèse de Dague, *dans laquelle sont rapportées 16 observations* (Bordeaux, 1900).

---

f) FOIE

---

24. **Du surmenage hépatique**. En collab. avec M. le Prof. agrégé Cassaët (Communication à la Soc. de Biologie, 1er décembre 1894; *Arch. clin. de Bordeaux,* novembre 1894).

Reprenant les recherches que Cassaët avait déjà faites sur le fonctionnement de la cellule hépatique dans certaines

affections digestives, nous nous sommes attachés à prouver combien facile peut être le surmenage hépatique.

Nous apportons 24 nouvelles observations dans lesquelles l'alcoolisme, la tuberculose, le rhumatisme articulaire aigu, l'impaludisme, etc., ont pu déterminer partiellement ou totalement l'insuffisance hépatique. Bien que dans des conditions si diverses, la pathogénie ne puisse être univoque, il est certain, néanmoins, que le foie passe souvent par une période dangereuse de véritable préparation à l'ictère grave que tout incident pathologique peut alors déterminer, tandis qu'il en eût été incapable si la glande avait normalement fonctionné.

Ce rôle des causes secondes est mis en relief dans l'observation suivante.

25. **Sur un cas de syphilis hépatique** (*Presse médicale*, 27 mai 1896).

Il s'agissait d'une malade atteinte de syphilis hépatique latente et qui succomba à un ictère grave suraigu consécutif à une intoxication alimentaire par les champignons. L'intoxication était cependant de faible gravité puisque les personnes qui avaient mangé des mêmes champignons éprouvaient à peine de légers troubles dyspeptiques, qui cédèrent sous l'influence d'un purgatif.

26. **Ictère infectieux bénin à streptocoques. Myélite expérimentale consécutive à l'inoculation intra-veineuse de ce microbe au lapin.** En collab. avec M. le Prof. agrégé Sabrazès (Congrès de Bordeaux, 1895).

Ce qu'il y a de particulièrement intéressant dans ce cas de paralysie généralisée et myélitique, c'est:

1° Son début par les membres antérieurs;

2° L'association des troubles sensitifs aux troubles moteurs. Cette constatation n'avait pas été faite avant nous par les auteurs qui ont étudié les myélites expérimentales.

Des coupes histologiques ont porté sur les différents plans du névraxe, sur les racines rachidiennes, les ganglions, les muscles, les nerfs au niveau des plexus et à leur entrée dans l'interstice des faisceaux musculaires.

Il résulte des examens que cette paralysie progressive avec amaigrissement musculaire est sous la dépendance d'une altération régressive (vacuolisation du protoplasme, dégénérescence granuleuse, disparition des prolongements cellulaires, corps granuleux au voisinage des éléments nerveux) des divers groupes cellulaires de la moelle; les cornes antérieures et postérieures sont particulièrement intéressées; les cellules des ganglions rachidiens ne sont pas épargnées.

La substance blanche paraît intacte ainsi que les nerfs.

Les muscles ne présentent pas d'altération grossière; on ne décèle çà et là qu'une simple atrophie de quelques fibres avec multiplication des noyaux du protoplasme.

Obs. citée par Létienne et Josué (Ictère grave par atrophie jaune aiguë du foie. *Pr. méd.*, 1896, p. 257).

27. **Lombric dans le foie. Ictère grave. Abcès miliaires. Mort.** En collab. avec M. Marchand (Soc. anat. de Bordeaux, 14 novembre 1898).

28. **Glycosurie alimentaire. Glycosurie phloridzique. Bleu de méthylène.** En collab. avec M. Gentes (Communication à la Soc. de Biologie, août 1899).

Dans les affections les plus graves du foie, dans celles qui aboutissent à une destruction presque totale de la

cellule hépatique, certains auteurs n'ont jamais trouvé de glycosurie expérimentale; d'autres l'ont constamment observée. Le but de ce travail est d'expliquer une telle divergence d'opinions. Dans ces conditions, nous avons expérimenté sur 30 malades; nous éprouvions la valeur fonctionnelle du foie à l'aide du sirop de sucre suivant la formule de Colrat et la valeur des reins à l'aide de la phloridzine et du bleu de méthylène suivant les données d'Achard et Castaigne. Ainsi que le faisaient prévoir les recherches antérieures de Charrin, Chauffard, etc.; nous avons constaté que toutes les observations de glycosurie alimentaire négative devaient être aussitôt suivies d'un examen de la perméabilité rénale. Et, si l'on doit accorder une valeur réelle aux faits de glycosurie alimentaire positive, on doit tenir pour insuffisants les résultats négatifs toutes les fois que la perméabilité rénale n'aura pas été étudiée. Nous formulions ainsi les conclusions suivantes :

1° La glycosurie alimentaire positive, dosable et n'apparaissant pas seulement à l'état de traces, suppose un rein perméable;

2° Si cette épreuve est négative, il est indispensable, pour interpréter le résultat obtenu, d'éliminer le facteur perméabilité rénale par les deux épreuves de la phloridzine et du bleu de méthylène.

---

g) REINS

---

29. Valeur pronostique de l'albuminurie au point de vue de l'intervention chirurgicale (*J. de méd. de Bordeaux*, 1898).

Travail présenté à l'appui de ma candidature au titre de membre titulaire de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux.

Dans ce mémoire, qui constitue moins une œuvre originale qu'une revue, j'étudie la valeur comparative des différentes méthodes d'exploration de la perméabilité rénale.

30. Les polyuries graves dans leurs rapports avec une lésion du pancréas. En collab. avec M. Gentes (*Pr. méd.*, n° 101, 10 décembre 1899).

Dans ce travail, basé sur les recherches expérimentales d'Hédon, de Thiroloix, etc., sur deux observations cliniques personnelles dont une avec autopsie, et sur quelques cas de polyurie mortelle retrouvés dans différents mémoires, nous constatons, après Trousseau, qu'il existe des polyuries graves conduisant à la mort, bien distinctes des polyuries essentielles. Mais notre part originale est dans l'observation de ce fait, que souvent ces polyuries alternent avec des crises de diabète glycosurique qu'elles terminent assez souvent. En outre, de deux examens histologiques, dont un personnel, nous pensons qu'il existe une polyurie, liée à une lésion du pancréas. Cette lésion s'est présentée sous la forme hypertrophique avec intégrité relative des acini glandulaires. La destruction du pancréas étant moins complète que dans le type sclérose atrophique, tel qu'on le rencontre dans le diabète maigre de Lancereaux, on est tenté de rapprocher ces lésions des polyuries graves des ablations incomplètes du pancréas faites par Dominici et suivies de polyurie simple.

h) SYSTEME NERVEUX

31. Cerveau d'amputé. En collab. avec M. Faguet (Soc. d'Anat., 28 novembre 1890).

Homme de soixante-six ans, ayant subi à l'âge de douze ans une amputation de la cuisse droite.

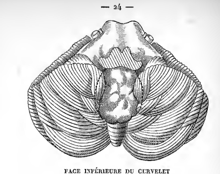
L'autopsie a été pratiquée et l'encéphale a été examiné très attentivement.

Au niveau du tiers supérieur de la circonvolution pariétale ascendante gauche, il existe un nombre de plis plus grand que du côté opposé, et ces plis ont un volume moins considérable que leurs homologues du côté opposé. Le lobule paracentral est légèrement repoussé en arrière.

En résumé, atrophie très peu sensible dans le point de la zone motrice qui correspond aux mouvements du membre inférieur droit.

32. Tumeur du Cervelet (Soc. d'Anat., 29 octobre 1894).

Il s'agit d'un tubercule occupant la partie inférieure du vermis médian, facilement énucléable et n'ayant contracté aucune adhérence avec la substance propre du cervelet. La lésion avait été diagnostiquée au lit du malade, qui présentait, outre des symptômes communs aux tumeurs du cervelet, une paraplégie complète dans la station debout, alors que la mobilité volontaire était conservée



FACE INFÉRIEURE DU CERVELET

La tumeur est placée au-dessus du vermis médian. Ses limites non apparentes sont indiquées en pointillé.

COUPE SAGITTALE DU CERVELET

T. Tumeur.

dans le décubitus dorsal. Il s'agissait, en somme, d'astasie-abasie vraie et non de titubation cérébelleuse. De ce fait résultait nettement que l'astasie-abasie ne pouvait être exclusivement considérée comme de nature purement psychique et devait être differenciée du syndrome de Bloch, spécialement décrit dans l'hystérie.

33. **Astasie-abasie choréiforme** (Soc. d'Anat., 16 novembre 1896).

Le malade était un hystérique en puissance d'infection palustre, un aboulique par phobie inhibitoire. La guérison survint par auto-suggestion spontanée. En rapprochant ce cas de ceux observés à la suite de la fièvre typhoïde par exemple, nous incriminions moins l'agent infectieux que le décubitus dorsal. Quand on prie certains convalescents de se lever, ils éprouvent une crainte pénible avant méme d'avoir essayé leurs forces, tout en se rendant parfaitement compte que dans le décubitus dorsal les mouvements des membres inférieurs ne sont pas limités. Dans un tel état psychique, pour peu qu'intervienne une tare névropathique, l'astasie-abasie se constitue.

34. **Myélite subaiguë dorso-lombaire.** En collaboration avec M. le Prof. agrégé Carrière (*Pr. méd.*, 7 juil. 1897).

La malade, malgré une destruction complète des cordons postérieurs et antéro-latéraux, présentait une abolition complète des réflexes. Weiss avait signalé des cas de ce genre aussitôt après la section de la moelle. Au point de vue microscopique, nous avons trouvé toute la série des altérations cellulaires étudiées par Marinesco : tuméfaction trouble, fusion des granulations chromatophiles, rupture des prolongements protoplasmiques.

35. Deux observations d'hémiplégie avec hémianesthésie. En collab. avec M. Gentes (*Archives de neurologie*, 1899, n° 46).

La nature des hémianesthésies post-hémiplégiques est fort discutée. Faut-il les concevoir comme des troubles purement fonctionnels, ou bien comme la résultante d'une lésion interrompant dans leur trajet les fibres de conduction de la sensibilité? Dans les deux cas que nous rapportons, la lésion intéressait dans toute son étendue la partie tout à fait postérieure de la capsule interne, et chez la malade (obs. I), qui a pu être suivie pendant près de deux mois, à l'anesthésie du début avait fait suite une hyperesthésie. Dans ces conditions, nous nous sommes demandé s'il n'en eût pas été de même dans l'hypothèse où le malade de l'observation II eût survécu plus de six jours à son ictus. Chez le malade dont la zone motrice était inaltérée, les troubles de la motilité ne pouvaient s'expliquer que par une compression de la partie antérieure de la capsule interne par le foyer hémorragique; du reste, ces troubles de motilité diminuaient de jour en jour. Ne pouvait-on pas également invoquer la compression comme cause de l'hémianesthésie? Les coupes reproduites dans notre travail ont été faites en présence de M. le professeur Pitres, qui a pu vérifier l'exactitude des schémas.

36. Ramollissement protubérantiel d'origine syphilitique. En collab. avec M. Gentes (Soc. d'Anat., 17 juillet 1899).

37. Note sur le signe de Kernig (Soc. de Méd. de Bordeaux, 20 janvier 1899).

38. **Éructations hystériques.** Une observation (*J. de méd. de Bordeaux,* 17 avril 1898).

39. **Note sur les résultats obtenus par la photographie en chambre noire des corps animés et des corps inanimés d'après le procédé G. Lebon.** Enregistrement des effluves d'après Lugs et David. En collab. avec M. Ginestous (Soc. d'An., 21 juin 1897).

Comme Luys et David, nous avions constaté la formation d'une auréole autour des corps animés ou inanimés appliqués sur la plaque de gélatino-bromure. Mais le phénomène était susceptible d'une explication si naturelle que nous n'avons pas cru devoir poursuivre.

i) PUBLICATIONS DIVERSES

40. **De la laryngectomie** (Th. de doctorat, 1890).

41. **Ergotisme et asphyxie locale des extrémités** (*Archiv. cliniques de Bordeaux,* juillet 1897).

Ce travail a été publié après le mémoire d'Ehlers (de Copenhague), qui confondait avec l'ergotisme tous les cas de maladie de Raynaud. Je concluais ainsi :

1° L'asphyxie symétrique des extrémités ne peut être, dans tous les cas, le résultat d'une intoxication par l'ergot ;

2° Elle peut coïncider avec différentes altérations tégumentaires dues à des lésions du système nerveux périphérique et par conséquent dépendre de ces mêmes lésions.

42. Un cas probable de maladie d'Addison sans pigmentation (Prés. à la Soc. de Méd., 12 mai 1899).

43. Du sérum antistreptococcique (Soc. de Méd. de Bordeaux, 12 mai 1899).

Dans ce travail, basé sur des faits d'observation personnelle, je concluais ainsi : J'estime que sans hésitation nous devons employer le sérum de Marmoreck dans tous les cas d'infection streptococcique ; — aussi bien que les médecins, les chirurgiens devraient être persuadés de l'efficacité de la méthode ; ils pourraient y avoir recours dans les cas de septicémie post-opératoire, comme l'ont fait avec succès Pozzi et Reverdin.

44. Maladie du sommeil et myxœdème (*Pr. méd.*, 21 septembre 1898).

J'étudie après Briquet, d'Armentières (*Pr. méd.*, 7 septembre 1898), les rapports qui paraissent unir certaines narcolepsies à l'insuffisance de la sécrétion thyroïdienne (obscurcissement de l'intelligence, abaissement de la température, troubles trophiques cutanés, etc.). Il s'agit d'un homme vigoureux d'apparence, pesant 110 kilos et présentant depuis deux ans, sans cause connue, une tendance inaccoutumée au sommeil, tendance qui constitue une véritable maladie. L'intensité de ce sommeil est également anormale. Médication thyroïdienne : l'obésité résiste au

traitement, mais la maladie du sommeil fut rapidement guérie.

Quelques jours après paraissait, dans la *Presse médicale* (1er novembre 1898), une étude de Régis et Gaide aboutissant aux mêmes conclusions.

45. Des produits solubles du champignon parasite du cancer humain et du nectria ditissima parasite du cancer des arbres; action physiologique et thérapeutique de la nectrianine. En collab. avec le Dr Bra (Mémoire à la Soc. de Méd. de Bordeaux, décembre 1899).

46. La nectrianine. En collab. avec M. Gentes (*Revue générale, Bull. méd.*, 18 juillet 1900).

A la suite des recherches du Dr Bra sur la nectria ditissima, parasite du cancer des arbres, des observations de Fiessinger qui relate la fréquence du cancer chez l'homme au voisinage des bois et des vergers peuplés d'arbres cancéreux, nous avons été conduits à étudier, chez l'homme, l'action thérapeutique des produits de culture extraits par Bra et H. Chaussé. Les conclusions que nous avons émises nous paraissent devoir être considérées comme définitives aussi longtemps qu'on opérera avec les mêmes produits :

1° Les injections de nectrianine sont sans danger;

2° Elles n'ont jamais arrêté l'évolution du néoplasme, ni empêché la production de tumeurs à distance;

3° Dans tous les cas, l'affection a suivi son cours normal, évoluant vers la cachexie finale sans période d'arrêt manifeste;

4° Toutefois, chez la plupart des malades, la nectrianine a supprimé les hémorragies et les pertes fétides; elle s'est

montrée surtout efficace contre les douleurs, présentant sur la morphine même une supériorité incontestable.

47. **Cerveau de tétanique. Injection intra-cérébrale d'antitoxine** (Soc. d'Anat. et de Physiol., 31 oct. 1898).



48. **Traitement du tétanos par les injections intra-cérébrales d'antitoxine.** Méthode de Roux et Borrel, *Revue générale* (*Ann. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 1898).

